

Gerda Holz: Das neue Versorgungssystem „Pflegerwesen“ braucht eine eigene organisierte Interessenpolitik

In den vergangenen Jahren wurden in der fachlichen und politischen Diskussion um die Steuerung und Weiterentwicklung der Altenhilfe die Fragen diskutiert: Lassen sich die medizinischen, pflegerischen und sozialen Bedürfnisse eines (älteren) Menschen differenzieren? Können sie getrennt voneinander zum Gegenstand verschiedener Versorgungsleistungen und Versorgungssysteme gemacht werden? Haben kranke beziehungsweise pflegebedürftige Menschen so spezifische Versorgungsbedürfnisse, die eine Differenzierung in Gesundheits-, Pflege- oder Sozialversorgung erfordern? Haben kranke jüngere Menschen andere Ansprüche und Interessen als pflegebedürftige ältere Menschen? Die gesamte Diskussion um die Einführung und weitere Ausgestaltung der Pflegeversicherung bietet zur Beantwortung dieser und ähnlicher Fragen eine Fundgrube von Pro- und Contra-Argumenten. Offenkundig wird, daß sich diese Fragen im konkreten Einzelfall nicht beantworten lassen, ohne daß die Antworten die Schwierigkeit der Segmentierung deutlich machen. Die Fragen lassen sich auf der abstrakten Systemebene nicht beantworten, ohne auf die gewachsenen Strukturen, auf handfeste Gruppen- und Verbandsinteressen, politische Entscheidungen und schließlich rechtliche Vorgaben zu verweisen.

Heute zeigt sich ein sich fortsetzender ordnungspolitischer Diversifizierungsprozeß, der neben den beiden großen Sicherungs-/Versorgungssystemen – Gesundheitswesen und Sozialwesen – ein neues Subsystem herausgebildet hat, das sich gegenwärtig in einer rasanten Ausbauphase befindet: das Pflegerwesen. Dieser Prozeß ist ein hochgradig interessanter wie weitreichender Prozeß politischer Auseinandersetzung unterschiedlicher Interessengruppen. Im weiteren soll der Blick auf Fragen der organisierten Interessenvertretung sowie auf Fragen von Beteiligung und aktiver Mitwirkung gerichtet sein. Grundlage dafür ist eine politikwissenschaftliche Betrachtungsweise.

Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen erfordert eine aufeinander abgestimmte, in sich gebündelte und alle Belange des Betroffenen berücksichtigende Anstrengungen. Hierin sind sich alle beteiligten Seiten – Ärzteschaft, Krankenpflegekräfte, SozialarbeiterInnen, Kranken- und PflegeversicherungsmitarbeiterInnen usw. – einig; nur wie eine solche abgestimmte Versorgung aussehen soll, welche Konzepte zum Tragen kommen, welche Aspekte die zentralen und welche die nebensächlichen sind, wer die Definitionsmacht besitzt oder auch wie das Selbstbestimmungsrecht der Pflegebedürftigen aussieht, darin besteht eine kaum zu überbrückende Meinungsdiskrepanz. Gründe hierfür sind: unterschiedliche individuelle und professionsabhängige Auffassungen, historische Entwicklung der Versorgungssysteme und damit einhergehend die Interessen von Berufsständen, Umsetzung von ordnungspolitischen und rechtlichen Vorgaben des Staates sowie verschiedene Ansätze von Mitwirkungs- und Mitgestaltungsrechten.

Einige Schlaglichter zur Entwicklung der Subsysteme „Gesundheitswesen“ und „Sozialwesen“

Die historische Entwicklung des Gesundheits- und des Sozialwesens (älterer) Menschen ist gekennzeichnet durch ein seit Jahrhunderten gewachsenes System mit sich stetig weiter differenzierenden Strukturen und Akteuren. Die Wurzeln finden sich bereits im ausgehenden Mittelalter. Der **Gesundheitsbereich** gewinnt spätestens mit der Verankerung der gesetzlichen Krankenversicherung als Finanzier ab 1870 an Bedeutung. Das ärztlich geprägte Versorgungssystem etabliert sich in den ersten Dekaden des 20. Jahrhunderts mit dem Behandlungsmonopol und dem Selbstverwaltungsrecht der Ärzte-

schaft. Der **Sozialbereich** mit der Wohlfahrtspflege und damit den Wohlfahrtsverbänden als Akteuren im Mittelpunkt wird in der Weimarer Republik über verschiedene Gesetze (z. B. Reichsverordnung über die Fürsorgepflicht, das Gesetz über die Ablösung öffentlicher Anleihen) installiert.

Diese ordnungspolitischen und rechtlichen Strukturierungen wurden in der Bundesrepublik Deutschland nach 1945 im wesentlichen wieder aufgegriffen, nachdem während der Nazizeit (bestehende Organisationen waren entweder verboten oder gleichgeschaltet) allerorts das Führerprinzip umgesetzt worden war. Die 50er Jahre sind gekennzeichnet durch Restauration und nicht durch grundlegende Reformen des Gesundheitsrespektive Sozialwesens der Jahrhundertwende. Ein zentrales Datum für die heutige Ausgestaltung des Gesundheitswesens ist das Gesetz über die Selbstverwaltung von 1951 als staatlicher Ausdruck demokratischer Beteiligung von gesellschaftlichen Gruppen an der Ausgestaltung des Gemeinwesens. Die entscheidenden Daten zur Verankerung des heutigen Sozialwesens sind unter anderem die Verabschiedung des Bundessozialhilfegesetzes Anfang der 60er Jahre, dessen umfassende Novellierung Anfang der 70er Jahre sowie das Bundesverfassungsgerichtsurteil zum Subsidiaritätsprinzip von 1967, wodurch eine endgültige Festlegung dieses Prinzips und damit des Vorrangs der Wohlfahrtspflege gegenüber der öffentlichen Hand als Ordnungsprinzip erfolgte.¹ Charakteristisch ist demnach das Nebeneinander von zwei eigenständigen Subsystemen, die zum einen die gesundheitlichen und zum anderen die sozialen Belange der Bevölkerung sichern.

Beiden gemeinsam ist die innere strukturelle Aufgliederung zwischen „Finanzier“ und „Versorger“. Als Finanzier der Gesundheitsversorgung stehen die Krankenversicherungsträger und als Versorger die niedergelassene Ärzteschaft respektive die Krankenhausträger zur Verfügung. Den Mittelpunkt bildet die Ärzteschaft. Ende 1998 waren rund 287.000 ÄrztInnen berufstätig, davon rund 135.000 in Krankenhäusern und rund 125.000 im ambulanten Bereich.² Die Aufgaben, die Arbeits- und Vertragsbeziehungen zwischen beiden Seiten unterliegen bundeseinheitlichen Gesetzesregelungen und der Selbstverwaltung. Die beteiligten Akteure übernehmen quasi öffentliche Sicherungs- und Versorgungsaufgaben. Charakteristisch für das Sozialwesen ist eine weitaus komplexere Struktur. Dem Hauptfinanzier – den Sozialhilfeträgern auf kommunaler Ebene/Landesebene – stehen als wichtigste Versorger die freigemeinnützigen Wohlfahrtsverbände in den verschiedenen Handlungsfeldern Sozialer Arbeit gegenüber. Daneben sind privatgewerbliche und kommunale Versorgungsträger tätig, die jedoch nicht das Gewicht und den politischen Stellenwert der Wohlfahrtsverbände besitzen. Ende 1996 war die freigemeinnützige Wohlfahrtspflege Träger von rund 91.200 Einrichtungen mit 3,3 Millionen Betten/Plätzen und rund 724.000 Vollzeitbeschäftigten beziehungsweise rund 397.000 Teilzeitbeschäftigten. Die Altenhilfe stellt nach der Jugendhilfe das zweitwichtigste Arbeitsfeld dar. In rund 14.600 Einrichtungen mit 471.000 Plätzen arbeiteten rund 220.000 Voll- und Teilzeitkräfte.³

Beide Subsysteme werden ordnungspolitisch durch eine differenzierte Gesetzgebung sowie durch unterschiedliche, zum Teil große staatliche Eingriffsmöglichkeiten (und damit abhängig von politischen Entscheidungen) gesteuert. Beide sind durch auf enge Abstimmung ausgerichtete Kooperationsformen und Interessenstrukturen bestimmt, diese stellen in unterschiedlicher Ausformung sogenannte Idealtypen korporatistischer Vernetzung zwischen Politik, Staat und gesellschaftlichen Institutionen dar. Umgekehrt

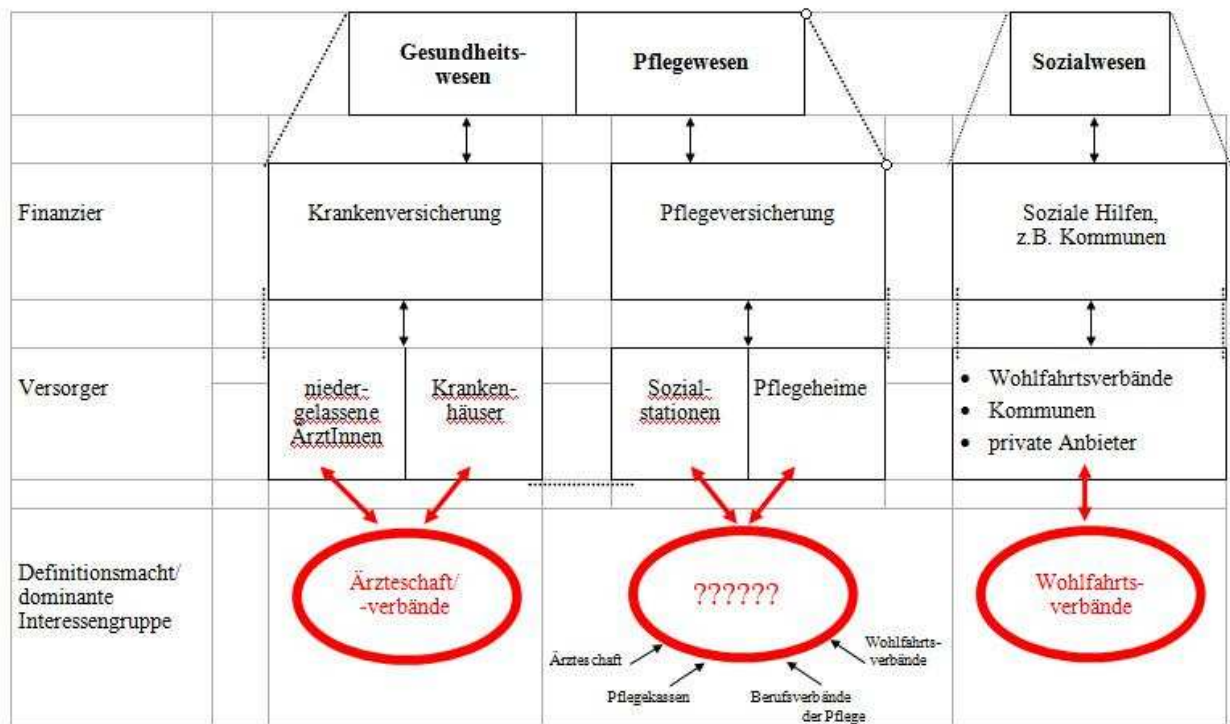
1 Vgl. Stobrawa 1979; Sachße/Tennstedt 1980; Sachße/Tennstedt 1988; Holz 1990; Sachße/Tennstedt 1993; Frerich/Frey 1993.

2 Bundesärztekammer 1999.

3 Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege 1997, S. 9.

unterscheiden sich beide Subsysteme sehr deutlich in Fragen der Mitwirkung, der Organisiertheit, der politischen Interessenartikulation⁴ und der demokratischen Willensbildung. Ist für die einen die Rechtsform der öffentlich-rechtlichen Körperschaft prägend, steht bei den anderen die Rechtsform des eingetragenen Vereins auf der Grundlage der Bürgerlichen Gesetzbuches im Zentrum. Zeigen sich im Gesundheitswesen eine stärkere staatliche Steuerung sowie die politische Legitimation per Hoheitsakt „von oben“, so kennzeichnet das Sozialwesen eine Steuerung „von unten“ sowie eine politische Legitimation, die sich vor allem auf wertgebundene oder ausdrücklich partizipative Mitgestaltungsrechte des einzelnen begründet.

Abbildung 1: System der Gesundheits- und Sozialversorgung (älterer) Menschen in Deutschland



4 Zur Definition von Interessen, organisierten Interessen, Interessenverbänden usw. vgl. Alemann 1987, S. 24-55, und Schmidt 1995, S. 434-438.

Das Pflegewesen – ein neues Subsystem der Gesundheits- oder Sozialversorgung?

Mit Inkrafttreten der Pflegeversicherung als Finanzier (1994) und den sich derzeit konsolidierenden und zum Teil neu herausbildenden Anbieter-/Trägerorganisationen als Versorger steht die Entwicklung des Subsystems „Pflegewesen“ erst am Anfang. Zudem impliziert die Pflegeversicherung andere ordnungspolitische Steuerungsvorgaben des Staates, nämlich eine ausdrückliche Marktorientierung mit geringeren staatlichen Eingriffsrechten und Eingriffsmöglichkeiten.

Mit der Etablierung eigenständiger Finanzierungsträger – den Pflegekassen – hat der Gesetzgeber sich im wesentlichen an den bestehenden Strukturen des Gesundheitswesens orientiert. Die Finanzierungsseite ist weitgehend gesetzlich geregelt, und in den letzten fünf Jahren erfolgte eine sukzessive Verankerung der notwendigen Verwaltungs- und Arbeitsstrukturen, analog zur Krankenversicherung. Auf der Versorgerseite bestehen nach wie vor erhebliche Anpassungsprobleme. Diese betreffen vor allem die Träger von Ambulanten Diensten, Sozialstationen, Pflegeheimen, Betreuten Wohnanlagen usw. Deren Probleme konzentrieren sich derzeit auf das „Überleben am Markt“, auf Fragen der Wirtschaftlichkeit, der Betriebsführung oder der Qualitätssicherung.⁵

Darüber hinaus kann gegenwärtig zweierlei festgestellt werden:

1. Es besteht ein immer deutlicher werdendes Vakuum der systeminternen Strukturierung, um
 - die demokratischen Mitwirkungs- und Mitgestaltungsrechte der hier handelnden Akteure respektive Berufsgruppen zu konkretisieren und rechtlich zu manifestieren,
 - ein möglichst reibungsloses Zusammenwirken mit den anderen beiden Subsystemen zu ermöglichen,
 - zur Stabilisierung des gesamten bundesdeutschen Versorgungssystems beizutragen.
2. Es besteht weiterhin ein Vakuum hinsichtlich der Ausgestaltung politischer Mitwirkungsrechte durch die Betroffenen (das heißt Pflegebedürftige, pflegende Angehörige etc.) in Form organisierter Interessenvertretung und demokratischer Beteiligung.

Wer füllt die Vakuen aus? Oder: Wer übernimmt die politische Macht im Pflegewesen?

Ist diese Frage heute vielleicht schon beantwortet, weil implizit entschieden? Ist diese Frage nicht zu beantworten, weil sie faktisch mit sukzessive verankerten Struktursetzungen entschieden werden soll? Ist sie noch gar nicht gestellt, weil damit zum Teil langwierige und harte Machtkämpfe zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen eingeleitet werden? Ist diese Frage noch gar nicht virulent, weil beispielsweise das Thema des Patientenmitwirkungsrechts neu und ganz anders umgesetzt werden könnte? Derzeit bieten das Gesundheits- und das Sozialwesen für die weitere Ausgestaltung des Subsystems „Pflegewesen“ zwei Alternativen hinsichtlich Strukturiertheit und Organisiertheit: zum einen ein stark berufsständisch geprägtes, von einer Berufsgruppe – der Ärzteschaft – dominiertes, per Pflichtmitgliedschaft und durch staatlichen Hoheitsakt geregeltes Selbstverwaltungssystem⁶; auf der anderen Seite ein durch unterschiedliche Trägerorganisationen bestimmtes Subsystem, das finanziell weitgehend vom Staat abhängig, rechtlich jedoch nicht ohne weiteres reglementierbar ist, das in organisatorischer Hinsicht korporativ mit allen staatlichen Akteuren kooperiert und dennoch zugleich

5 Gerste/Rehbein 1998; Deutscher Caritasverband 1997.

6 Zur Ausgestaltung und zur direkten Umsetzung von Interessen älterer Menschen vgl. Holz 1990.

Strukturen einer partizipativen Interessenartikulation und Interessenorganisation kennt sowie auf eine freiwillige aktive Mitgestaltung durch die Mitglieder angewiesen ist. Welches ist das Zukunftsmodell des Pflegewesens? Kann und sollte es einen dritten Weg geben?

Bis dato zeigen sich erst wenige Anzeichen einer ordnungspolitischen Ausdifferenzierung des Subsystems unter gesundheitspolitischer Prämisse. Einen ersten Ansatz bildet der Versuch zur Einrichtung von Pflegekammern. So wurde in Berlin ein Gesetzesentwurf zur Installierung einer Pflegekammer eingebracht; so formulieren Bundesparteien ähnliche Überlegungen. In der Fachdiskussion selbst finden sich bisher kaum Hinweise. Sind die Berufsgruppen der Pflege unpolitisch, oder sind sie mit zu vielen anderen Problemen beschäftigt? Gibt es keine dezidierte Berufspolitik? Fehlen Modelle? Ebenso zeigt sich, daß die Neuordnung des Pflegewesens überhaupt kein sozialpolitisches oder wohlfahrtspflegerisches Thema ist.

Die Ärztekammer – Vorbild für eine Pflegekammer?

Die Ärzteschaft verfügt über ein Informations-, Meinungsbildungs- und Entscheidungssystem wie kein zweiter Berufsstand in Deutschland. Dieses begründet sich auf drei Säulen:

- a) die gesetzlich abgesicherte Position des Arztes und seiner ärztlichen Definitionsmacht;
- b) die gesetzlich geregelte Organisationsform
 - Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen sind Körperschaften des öffentlichen Recht;
- c) die differenzierte und bereits seit langem sehr funktionstüchtige und durchsetzungsfähige Interessenorganisation
 - gestützt auf die Bundesärztekammer, die 15 Ärztekammern mit einem 100prozentigen Organisationsgrad unter den 357.000 ÄrztInnen, gestützt auf weitere rund 25 Ärzteverbände sowie den Dachverband „Deutscher Ärztetag“.⁷

Den Ärztekammern ist neben den Rechtsetzungs- und Aufsichtsfunktionen gegenüber den ÄrztInnen als ihren Pflichtmitgliedern die Wahrnehmung der beruflichen Belange der Ärzteschaft aufgetragen. Neben den hoheitlichen Aufgaben – Gewährleistung der beruflichen Fortbildung der ÄrztInnen, Gewährleistung der ärztlichen Meldepflicht, Gutachter- und Schlichtungstätigkeiten, Durchführung der Ausbildung der ArzthelferInnen usw. – haben die Kammern gleichrangig die Vertretung und Förderung der Berufsinteressen der MedizinerInnen zu garantieren. Die letztgenannte Aufgabe bezieht sich nicht so sehr auf die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen des einzelnen Pflichtmitglieds – diese erfüllen die Kassenärztlichen Vereinigungen –, sondern ist Bestandteil des Rechts auf Selbstverwaltung. Tragendes Prinzip der Gesundheitsversorgung wie der Krankenversicherung ist eben das Prinzip von Mitwirkung und Mitbeteiligung der Mitglieder durch das Recht der Selbstverwaltung der Träger. Dieses Recht ist unter einen besonderen staatlichen Schutz gestellt.

Von besonderem Stellenwert innerhalb der Organisation ärztlicher Interessen ist die Bundesärztekammer als Dach aller Ärztekammern. Sie ist ein privatrechtlicher Zusammenschluß in Form eines eingetragenen Vereins, was unter anderem die weitgehende Ungebundenheit gegenüber staatlichen Zugriffs- und Eingriffsrechten impliziert. Sie unterliegt im Gegensatz zu den Ärztekammern nicht der Kontrolle der staatlichen Aufsichtsbehörde, ihre Legitimationsbasis sind die Mitglieder – unmittelbar die Ärztekam-

⁷ Vgl. Arnold 1984, S. 196.

mern und mittelbar die ÄrztInnen als Kammermitglied. Die Machtposition der Bundesärztekammer resultiert zum einen aus dem Unterstützungspotential des Gesamtverbandes und zum anderen aus dem eigenen Vermögen, als Kumulationspunkt möglichst aller Standesinteressen ausgleichend und integrativ zu wirken, um so die ärztlichen Interessen in den weiteren politischen Prozeß einzubringen.

Der politische Auftrag der Ärztekammern bezieht sich vor allem auf berufs- und gesundheitspolitische Fragestellungen, wobei Fragen der Ärzteschaft zugleich auch immer Fragen der Gesundheitspolitik sind. Damit erfolgt die Verquickung allgemeiner sozialer wie gesellschaftlicher Interessen mit berufsständischen Gruppeninteressen. Die Ärztekammern sind politische Interessenorganisationen, die zugleich mit öffentlichen Aufgaben betraut sind. Insofern sind „Ärztekammern“ berufspolitisch ein hocheffizientes Modell. Ist es aber tatsächlich zukunftsfähig angesichts politischer Partizipationsströmungen im Sinne von Bürger-/Zivilgesellschaften?

Die Wohlfahrtsverbände – ein Vorbild für organisierte Interessenvertretung und für Mitwirkung im Pflegewesen?

Ganz anders stellen sich Struktur und Organisation sowie Mitwirkungs- und Mitgestaltungsmöglichkeiten im Subsystem „Sozialwesen“ dar. Es dominiert die organisierte Wohlfahrtspflege. Sie ist durch drei wesentliche Strukturmerkmale geprägt:

- die Existenz von öffentlichen und freien Trägern (Dualität),
- den bedingten Handlungsvorrang freier Träger (Subsidiarität),
- die Vielschichtigkeit und Unterschiedlichkeit der agierenden Organisationen (Pluralität).

Entscheidend für die bedeutende Rolle der Wohlfahrtspflege sind die Erbringung sozialer Dienstleistungen und die sozialpolitisch anerkannte Aufgabe als Anwalt oder Lobby für sozial Schwache. Mit dem rechtlichen Status eines Spitzenverbandes der Freien Wohlfahrtspflege (per Gesetz erstmals 1926 konkretisiert) wurde die bis dahin herausgebildete Organisiertheit der freigemeinnützigen Wohlfahrtspflege staatlich nicht nur akzeptiert, sondern sie erhielt zugleich eine öffentliche Förderung. Weitere Rechtssicherheit erzielten die Verbände durch die im Bundessozialhilfegesetz, im Jugendwohlfahrtsgesetz und schließlich 1991 im Kinder- und Jugendhilfegesetz erneut verankerten drei oben genannten Ordnungsprinzipien. Diese Gesetze bilden im wesentlichen die heutige Macht- und Einflußbasis der Verbände. Gleichzeitig befindet sich das bundesdeutsche Modell in dem sich vereinigenden Europa in einem existentiellen Überlebenskampf, da das europäische Sozialrecht der Wohlfahrtspflege keinen Vorrang oder ein staatlich gesichertes Monopol gegenüber anderen einräumt, sondern eher das Prinzip der *economie sociale* verfolgt.⁸

Die Freie Wohlfahrtspflege ist die aus Nächstenliebe, Solidarität, Bürgersinn und/oder unmittelbarer Betroffenheit motivierte, den Gesetzen verpflichtete, in privatrechtlicher Form organisierte, auf dem Wahlrecht der Hilfesuchenden einerseits und dem mitbürgerlichen Recht auf Hilfen andererseits beruhende sowie über den Bereich der Familie und Nachbarschaft hinausreichende Hilfeleistung für benachteiligte, bedrängte und rat-suchende MitbürgerInnen. Die Freie Wohlfahrtspflege bietet die Möglichkeit, die Viel-

⁸ „Der europäische Integrationsprozeß macht deutlich, daß das von der Europäischen Kommission verfolgte Prinzip der *economie sociale* nicht nur die erwerbswirtschaftliche Tätigkeit von Genossenschaften, Gegenseitigkeitsgesellschaften, Vereinen und Stiftungen umfaßt, sondern auch solche Organisationsformen einschließt, die soziale Dienstleistungen erbringen. Offensichtlich zielt die Europäische Kommission auf eine weitgehende Einbeziehung des Dienstleistungssektors in das Gemeinschaftsrecht ab <...>. Nimmt man hinzu, daß das deutsche Subsidiaritätsprinzip in Europa eine Singularität darstellt, dann läßt sich unschwer daraus schließen, daß in einem zusammenwachsenden Europa der Sonderstatus der Freien Wohlfahrtspflege kaum noch eine Zukunft haben wird.“ (Wohlfahrt 1999, S. 3)

falt der Überzeugungen und Gestaltungswünsche, die sich in einer pluralistischen Gesellschaft entwickelt haben, in helfendes Handeln und soziale Dienstleistungen umzusetzen. Sie sieht eine vorrangige Aufgabe in der Förderung ehrenamtlicher Mitarbeit und in der Wahrnehmung einer Anwaltsfunktion für Hilfesuchende.⁹ Darüber hinaus ist sie zentraler Akteur bundesdeutscher Sozialpolitik. Über und durch die Wohlfahrtsverbände werden individuelle und Gruppeninteressen unterschiedlichster sozialer Gruppen artikuliert, aggregiert und in die politische Diskussion eingespeist.

Die freigemeinnützige Wohlfahrtspflege in Deutschland ist organisiert in sechs großen Wohlfahrtsverbänden, die wiederum als Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege anerkannt sind. Seinem Selbstverständnis folgend werden hierunter „<...> alle Dienste und Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft verstanden, die sich in organisierter Form freiwillig und gemeinnützig auf den Gebieten der Jugend- und Familienhilfe, der Sozialhilfe und des Gesundheitswesens betätigen, um notleidenden und gefährdeten Menschen zu helfen. Freie Wohlfahrtspflege wird aus eigenem Auftrag und eigenem Entschluß tätig. Sie ist unabhängig und in Zweck- und Zielsetzung nicht an Weisungen Dritter gebunden. Sie unterscheidet sich einmal von privat-gewerblich ausgerichteten Trägern und zum anderen von der Sozialverwaltung staatlicher, kommunaler und sonstiger öffentlich-rechtlicher Körperschaften.“¹⁰ „<...> dem Staat obliegt zwar die Gewährleistung einer gerechten Sozialordnung und die Verpflichtung zu deren Weiterentwicklung. An ihrer Verwirklichung haben aber gleichermaßen auch die gesellschaftlichen Kräfte Anteil. So ist auch die Freie Wohlfahrtspflege mit ihren zahlreichen Diensten und Einrichtungen umfangreich an der Gestaltung des Soziallebens im sozialstaatlichen Sinne beteiligt <...>.“¹¹ Staatsfrei, staatsunabhängig, ohne Gewinnabsicht sind somit die formaldefinitiven Wesensmerkmale der Freien Wohlfahrtspflege. Das Attribut „frei“ steht für eine claim-Formulierung, die beansprucht, freiwillig gewählte Handlungs- und Zuständigkeitsbereiche unbeeinflusst von anderen, gleichwohl öffentlich gefördert, nach eigenen Wertsetzungen gestalten zu können. Konstitutives Merkmal der Wohlfahrtspflege ist damit einerseits die Durchführung von Sozialer Arbeit und andererseits die Mitgestaltung von Sozialpolitik für Benachteiligte, Ausgegrenzte, Hilfesuchende usw., also eine Interessenvertretung oder ein Sprachrohr für lobbylose Bevölkerungsgruppen.

Im Übergang zum nächsten Jahrtausend stehen die Wohlfahrtsverbände vor dem Dilemma, daß ein großer Bereich ihrer bisherigen Verbands- und Politikzuständigkeit – nämlich soziale und pflegerische Fragen – durch staatliche Entscheidungen aus den altbekannten Macht- und Politikstrukturen herausgelöst wurde. Sind sie nun Sozial- oder Pflegeverbände, sind sie Interessenvertretung ihrer Dienste und Einrichtungen – also Trägerverband, oder sind sie Sprachrohr für verschiedene gesellschaftliche Interessengruppen – also unmittelbarer sozialpolitischer Akteur? Der politische Auftrag der Wohlfahrtsverbände ändert sich dergestalt, daß Fragen der Trägerschaft nicht mehr so sehr Fragen der Sozialpolitik sind. Die Verquickung allgemeiner sozialer und gesellschaftlicher Interessen mit den trägerspezifischen Gruppeninteressen funktioniert im Pflegewesen vorerst nicht (mehr) und wird im Sozialwesen immer unsicherer. Die Wohlfahrtsverbände werden als politische Interessenvertretung mehr und mehr in Frage gestellt, damit wird ihr öffentlicher Auftrag brüchiger.

9 Vgl. Dörrie 1993, S. 358.

10 Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege 1985, S. 11.

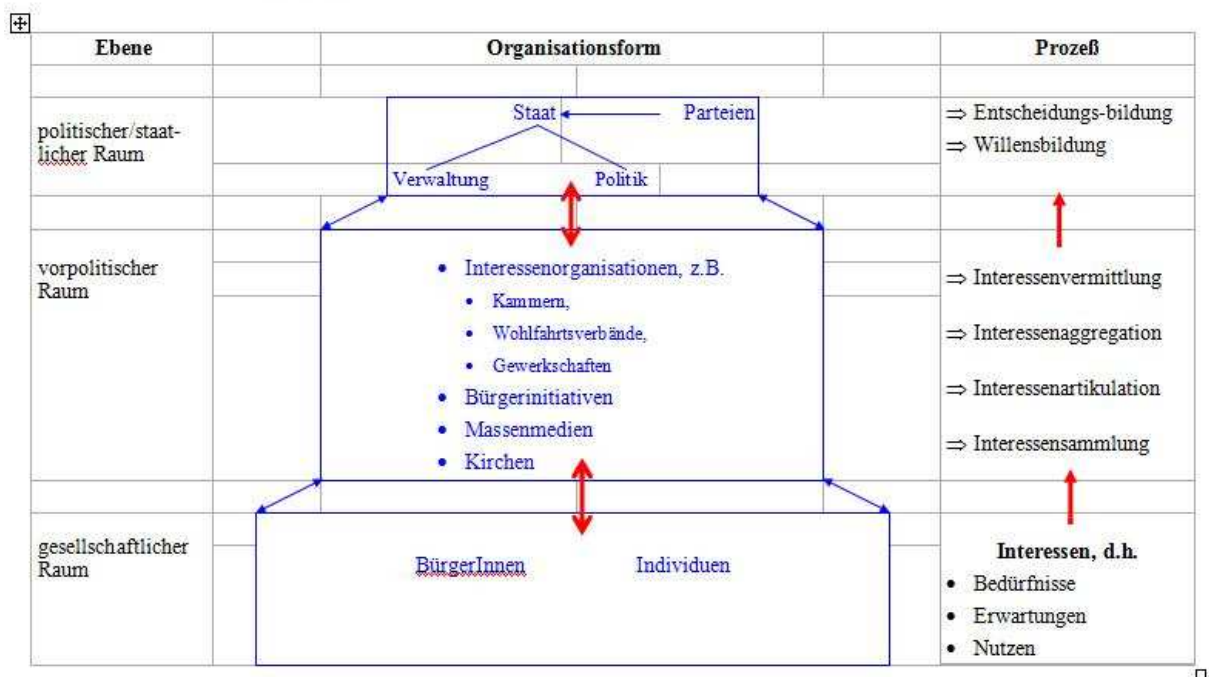
11 Spiegelhalter 1990, S. 7.

Thesen zur Herausbildung eines organisierten Pflegewesens

- Die Herausbildung von Interessenvereinigung, -organisationen und -verbänden ist Wesensmerkmal und Ausdruck demokratischer Gestaltung in der Bundesrepublik Deutschland. Das gilt auch für das Pflegewesen.
- Im Gegensatz zu einer seit fast einem Jahrhundert verfolgten Strukturierung des Gesundheits- und des Sozialwesens mit traditionsreichen Akteuren, gewichtiger werdenden und mächtigen Organisationen sowie funktionierenden Arbeitsbeziehungen zwischen den Beteiligten steht das Pflegewesen am Anfang der Systementwicklung. Auffallend ist die Sprachlosigkeit oder Interessenlosigkeit bezüglich der Organisation von Berufsinteressen.
- Für das Pflegewesen haben Politik und Staat andere ordnungspolitische Grundsatzentscheidungen getroffen, als sie für das Gesundheits- und das Sozialwesen gelten. Mehr Markt bedeutet zugleich weniger Staat. Diese Entwicklung steht im Kontext der allgemeinen bundesdeutschen Politik von Europäisierung und Globalisierung als zukünftiger Richtung. Das Pflegewesen kann durchaus Vorreiter für die zukünftigen Gestaltungsabsichten werden. Ähnliche Entwicklungen zeigen sich in den neuesten Diskussionen um Gesundheitsreformen oder um die Zukunft der Jugendhilfe.
- Das Subsystem „Pflgewesen“ kann traditionsgeprägte Strukturen bestehender Subsysteme nicht deckungsgleich übernehmen, zumal vollkommen unterschiedliche Modelle existieren. Zum einen zeigen sich die mächtigen Akteure der beiden anderen Subsysteme: Wo befinden sich die Pflegeprofessionen? Wo weisen sie Profil und Konturen auf? Zum zweiten bilden sich mehr und mehr unterschiedliche professionsorientierte Interessengruppen heraus. Die Zahl der neu gegründeten Dachverbände für ambulante Pflege, Logopäden, Therapeuten oder SozialarbeiterInnen, die Zahl der Arbeitskreise für „Pflgewissenschaften“ usw. ist derzeit bundesweit kaum zu überblicken. Zum dritten beginnt die Diskussion um berufsständische Interessenvertretung und Partizipation. Symbolisch stehen dafür die Überlegungen zur Errichtung von Pflegekammern.
- Auffallend sowohl im Gesundheits- als auch im Sozialwesen sind die geringen Ansätze einer direkten Interessenvertretung oder der Mitwirkung von Betroffenen, etwa Patienten oder SeniorInnen, Pflegebedürftige, pflegende Angehörigen usw. Hierbei sind ausdrücklich Interessenvertretungen und nicht Selbsthilfegruppen gemeint, wie sie vor allem im Gesundheitswesen zu finden sind. Strukturbildend werden auch im Pflegewesen die Formen indirekter Partizipation sein.
- Interessenvertretung und politische Einflußnahme sind in der Altenpflege/-arbeit fast gänzlich unbekannt. Hier wirken sich die eingespielten indirekten Vertretungsformen durch die Wohlfahrtsverbände am nachhaltigsten aus; ganz abgesehen davon, daß das Alter per se kein wichtiger Grund der Interessenorganisation ist. Formen direkter Mitgestaltung müßte das Subsystem „Pflgewesen“ überhaupt erst entwickeln.

Die Herausbildung eines eigenen Profils, die explizite Formulierung von Interessen, die Entwicklung eigener Organisations- und Kommunikationsformen sowie die Formulierung von politischen Mitgestaltungsansprüchen sind – wie bereits zuvor ausgeführt – originäre Bestandteile demokratischer Teilhabe in Deutschland und in Europa. Ohne den Schritt zur Politisierung und Interessenorganisation ist keine nachhaltige Einflußnahme auf die zukünftige Gesundheits-, Pflege- und Sozialpolitik möglich; die Entscheidungen treffen dann andere. Auf welchen Ebenen, in welchen Formen und durch welche Prozesse dies geschieht, ist in Abbildung 2 grob skizziert.

Abbildung 2: Ebenen, Organisation und Prozess demokratischer Beteiligung und politischer Gestaltung in Deutschland



Vier Modelle der Organisation von Interessen im Pflegewesen bieten sich meines Erachtens an:

Modell 1: Übernahme einer berufsständischen Selbstverwaltung mit hoheitlich übertragenen öffentlichen Aufgaben und eines Partizipationsansatzes von „oben nach unten“

Modell „Gesundheitswesen“

Modell 2: Verschmelzung von Gesundheits- und Pflegewesen durch die Errichtung einer berufsständischen Selbstverwaltung in Gestalt der Ärzte- und Pflegekammern unter einem Dach

Modell 3: Übernahme einer trägergeprägten und wertgebundenen Erfüllung öffentlicher Aufgaben in finanzieller Abhängigkeit, aber ohne staatliches Weisungsrecht, und eines verbandsabhängig begrenzten Partizipationsansatzes von „unten nach oben“

Modell „Sozialwesen“

Modell 4: Weiterentwicklung einer ausdifferenzierten Struktur unterschiedlichster Interessen- und Berufsgruppen – unter Berücksichtigung der Betroffenen – und Schaffung einer demokratischen Systemorganisation mit direkten Beteiligungsformen von „unten nach oben“

Interessengruppen darin wären beispielsweise ein zukünftiger „Verband der Altenpflegeschulen in Deutschland“ oder der „Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe“. Wichtige Koalitionspartner sind und bleiben die Wohlfahrtsverbände als weiterhin mächtige Trägerverbände.

Die genannten Modelle und weitere gilt es zu diskutieren. Dringend geboten erscheint die Auseinandersetzung mit der Frage zukünftiger Interessenvertretung und Lobbypolitik für den Pflegebereich innerhalb der demokratisch und föderal strukturierten Bundes-

republik Deutschland und mit Blick auf Europa. Die drängende Notwendigkeit einer berufs- wie pflegepolitischen Diskussion um diese Fragen wird bisher kaum gesehen – ein Versäumnis, das besonders den (alten-)pflegerischen Berufsgruppen in der künftigen Machtverteilung zum Nachteil gereichen kann, ganz abgesehen davon, daß damit auch vorhandene Konzepte, Arbeitsansätze und Verständnisformen zur Disposition gestellt werden.

Soll das neue Subsystem „Pflegetwesen“ seinem Namen gerecht werden, dann müssen sich die darin versammelten Akteure in die politische Auseinandersetzung begeben. Sollen zukunftsfähige Formen gefunden und soll nicht nur Althergebrachtes adaptiert werden, ist die künftige Entwicklung des Systems berufs-, pflege-, gesundheits- und sozialpolitisch zu diskutieren.

Literaturverweise

- Alemann, U. von (1987): Organisierte Interessen in der Bundesrepublik Deutschland. Opladen
- Arnold, M.; Brauer, H.-P.; Deneke, J.F.V.; Fiedler, E. (1984): Der Beruf des Arztes in der Bundesrepublik Deutschland. Köln
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (1985): Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege – Aufgaben und Finanzierung. Freiburg i. Br.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (1997): Gesamtstatistik der Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege. Bonn
- Boeßenecker, K.-H. (1998): Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in der BRD. 2. Auflage. Münster
- Bundesärztekammer (1999): Aktuelle Ärztestatistik. Stand 31.12.1998, in: Webseiten-Information vom 03.05.1999
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1998): Übersicht für das Sozialrecht. Bonn
- Deutscher Caritasverband (Hrsg.) (1997): Mehr Markt in der Sozialen Arbeit? Freiburg i. Br.
- Dörrie, K. (1993): Freie Wohlfahrtspflege, in: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit. Frankfurt am Main
- Frerich, J.; Frey, M. (1993): Handbuch der Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland. München
- Gerste, B.; Rehbein, I. (1998): Der Pflegemarkt in Deutschland. Ein statistischer Überblick. Bonn
- Groser, M. (1992): Gemeinwohl und Ärzteinteressen – die Politik des Hartmannbundes. Gütersloh
- Holz, G. (1990): Die Alterslast – Ein Gewinn für andere? Akteure und Strukturen der Gesundheits- und Sozialversorgung in der Bundesrepublik Deutschland. 2 Bände. Berlin
- Sachße, C.; Tennstedt, F. (1980): Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland. Band 1: Vom Spätmittelalter bis zum 1. Weltkrieg. Stuttgart
- Sachße, C.; Tennstedt, F. (1988): Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland. Band 2: Fürsorge und Wohlfahrtspflege. Stuttgart
- Sachße, C.; Tennstedt, F. (1993): Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland. Band 3: Der Wohlfahrtsstaat im Nationalsozialismus. Stuttgart
- Schmidt, M.G. (1995): Wörterbuch der Politik. Stuttgart
- Spiegelhalter, F. (1990): Der dritte Sozialpartner der Freien Wohlfahrtspflege – ihr finanzieller und ideeller Beitrag zum Sozialstaat. Freiburg i. Br.
- Stobrawa, F. (1979): Die ärztlichen Organisationen in der Bundesrepublik Deutschland. Düsseldorf
- Tennstedt, F. (1977): Soziale Selbstverwaltung. Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung. 2 Bände. Bonn
- Wohlfahrt, N. (1999): Die Freie Wohlfahrtspflege auf dem Prüfstand: Zwischen Ökonomisierung und verbandlicher Erneuerung: Die Freie Wohlfahrtspflege auf dem Weg in einen veränderten Wohlfahrtsmix, in: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, Heft 1, S. 3-8